

## Beratungs- /Therapievertrag

Nach ausführlichen Informationen über die Bedingungen einer Traumapädagogischen Beratung / Traumatherapeutischen Behandlung wird zwischen

nachfolgend – Berater\*in/Therapeut\*in- genannt

und

Frau/Herrn \_\_\_\_\_, geb. am: \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_

PLZ/Wohnort \_\_\_\_\_

Telefon privat \_\_\_\_\_

nachfolgend – Klient\*in- genannt

die Durchführung einer regelmäßigen Traumaberatung, bzw. traumatherapeutischen Behandlung bei dem/der Klienten\*in vereinbart.

Die Kosten der Traumaberatung/Traumatherapie in Höhe von \_\_\_\_\_€ zahlt der/die Klient\*in selbst. Die Kosten werden dem/der Klienten\*in in regelmäßigen Abständen nach jeder 5. Behandlungssitzung, seitens der Stiftung Wings of Hope Deutschland, in Rechnung gestellt.

**Zusätzlich vereinbaren der/die Klient\*in und Berater\*in/Therapeut\*in folgendes:**

Der/die Klient\*in verpflichtet sich, bei Verhinderung einen vereinbarten Behandlungstermin spätestens 24 Stunden vor dem Termin abzusagen. Erfolgt die Terminabsage nicht rechtzeitig innerhalb der vorgenannten Frist, wird dem/der Klienten\*in 50% des dem/der Berater\*in/Therapeuten\*in zustehenden Honorars in Rechnung gestellt. Vorstehende Regelung gilt jedoch nicht, sofern es sich um ein krankheitsbedingtes Versäumnis handelt und der/die Klient\*in mit einem ärztlichen Attest nachweist, dass die Erkrankung nach der vorgenannten Frist eingetreten ist.

---

Ort

---

Datum

---

Unterschrift Klient\*in

---

Unterschrift Berater\*in/Therapeut\*in

Das Original des Therapievertrages verbleibt bei dem/der Berater\*in/Therapeuten/-in.  
Der/die Klient\*in erhält zeitnah eine Kopie des von ihm/ihr ausgefüllten Therapievertrages.

## **Merkblatt**

zur Traumaberatung/Traumatherapie  
zur Weitergabe an den/die Klienten/-in  
als Anlage zum Therapievertrag

### **Allgemeine Informationen**

1. Der/die Berater\*in/Therapeut\*in verpflichtet sich den/die Klienten\*in nach den qualitativen Standards seines/ihrer Berufsstandes zu behandeln.
2. Die probatorische Phase der Therapie dauert je nach Bedarf 2–4 Therapiestunden. In dieser Phase wird nach Klärung der Diagnose die Indikation für eine Traumaberatung/Traumatherapie überprüft und der/die Berater\*in/Therapeut\*in und Klient\*in entscheiden gemeinsam, ob die Therapie regulär aufgenommen wird. Danach wird ggf. der Therapievertrag besprochen und unterschrieben sowie der Behandlungsumfang und die Frequenz der einzelnen Behandlungen festgelegt.
3. Die therapeutischen Sitzungen dauern in der Regel zwischen 60 und 90 Minuten, abhängig von den inhaltlichen Erfordernissen bei bestimmten therapeutischen Interventionen.
4. Der erste Behandlungsabschnitt dauert in der Regel 25 Sitzungen. Eine nach dem ersten Behandlungsabschnitt eventuell notwendige Therapieverlängerung, um weitere 25 Sitzungen, wird nach einer Therapiezielüberprüfung und nach Absprache des/der Beraters\*in/Therapeuten\*in mit dem/der Klienten\*in vereinbart.
5. Der maximale Behandlungsumfang beträgt insgesamt 75 Therapiesitzungen.
6. Bei der Behandlung kann es im Einzelfall inhaltlich angezeigt und hilfreich sein, wenn Bezugspersonen teilweise in therapeutischen Sitzungen / Beratungsgespräche miteinbezogen werden.
7. Alle vom/von der Klienten\*in beigebrachten oder von ihm/ihr ausgefüllten Unterlagen gehen aufgrund der gesetzlichen Dokumentationspflicht in das Eigentum des/der Beraters\*in/Therapeuten\*in über und werden von diesem/-er über einen Zeitraum von mindestens zehn Jahren aufbewahrt. Die zum Zwecke der Zusammenarbeit erhobenen Daten des/der Klient\*in (Name, Anschrift, E-Mail-Adresse, Telefonnummern) werden nur für beratungsrelevante Belange eingesetzt und nicht an Dritte weitergegeben.

## **Schweigepflicht des/der Beraters\*in/Therapeuten\*in und Verschwiegenheit des/der Klienten\*in**

8. Der/die Berater\*in/Therapeut\*in ist gegenüber Dritten schweigepflichtig und wird über den/die Klienten\*in nur mit dessen ausdrücklichem, schriftlichem Einverständnis Auskunft gegenüber Dritten erteilen, bzw. einholen. Sollten wichtige Gründe des/der Betreuten dem entgegenstehen, werden diese nach Klärung mit dem/der Berater\*in/Therapeuten\*in respektiert.
9. Der/die Klient\*in entbindet den/die Berater\*in/Therapeuten\*in und ärztliche/psychotherapeutische Vorbehandler und Mitbehandler wechselseitig in gesonderter schriftlicher Erklärung von der Schweigepflicht und stimmt der Einholung weiterer Auskünfte ausdrücklich zu.
10. Der/die Klient\*in stimmt der Aufzeichnung der Sitzungen mit Tonband oder Video ausdrücklich zu und gestattet dem/der Berater\*in/Therapeuten\*in die Verwendung dieser Aufzeichnungen zum Zwecke seiner/ihrer eigenen Fort- und Weiterbildung bzw. zur qualitätssichernden Arbeitskontrolle. Sollten wichtige Gründe des Betreuten dem entgegenstehen, werden diese nach Klärung mit dem/der Berater\*in/Therapeuten\*in respektiert.

## **Feste Terminvereinbarung/Terminversäumnis**

11. Die therapeutischen Sitzungen finden zu einem zwischen Klient\*in und Berater\*in/Therapeut\*in jeweils fest und verbindlich vereinbartem Termin statt.

Nach jedem wahrgenommenen Termin bestätigt der/die Klient\*in seine Anwesenheit durch die Unterschrift in einer speziell zu diesem Zweck seitens dem/der Berater\*in/Therapeuten\*in erstellten Unterschriftenliste, die außerdem Angaben bzgl. Datum und Uhrzeit der jeweiligen Sitzung enthält.

Der/die Klient\*in verpflichtet sich, die fest vereinbarten Behandlungstermine pünktlich wahrzunehmen und im Verhinderungsfalle rechtzeitig, d.h. 24 Stunden vor dem vereinbartem Termin abzusagen bzw. absagen zu lassen. Dazu genügt eine schriftliche

Mitteilung (Brief, Fax, E-Mail), oder eine telefonische Absage (auch auf Anrufbeantworter).

12. Aufgrund der Zeitgebundenheit der Sitzungen nach einem strikten Bestellsystem, nach dem zu jedem Termin nur ein Klient\*in einbestellt ist, wird dem/der Klienten\*in bei nicht rechtzeitiger Absage ein Bereitstellungshonorar in Höhe von 50% des entgangenen Honorars berechnet.

Diese Regelung gilt nicht wenn der Klient unverschuldet den Termin nicht absagen konnte (z.B. Unfall auf dem Weg zur Therapie oder plötzliche (schwere) Erkrankung innerhalb der unter Punkt 11. des Vertrages vorgeannten Frist). Diese besonderen Vorkommnisse hat der/die Klient\*in entsprechend nachzuweisen (ärztliches Attest).

## **Kosten**

13. Die Kosten einer Therapie/Beratungssitzung betragen 75,00 Euro. In Ausnahmefällen behält sich der/die Berater\*in/Therapeut\*in vor, die Kosten an die finanziellen Möglichkeiten des Klienten\*in anzupassen.

Die Kosten einer Selbsterfahrungssitzung betragen 75,00 Euro.

14. Die Kosten der Traumaberatung/Traumatherapie zahlt der/die Klient\*in selbst.

15. Die Rechnungslegung seitens der Stiftung Wings of Hope erfolgt nach jeder 5. Behandlungssitzung mit einem Zahlungsziel von zwei Wochen.

## **Selbstverpflichtungsverfahren an den Betreuten**

16. Der/die Klient\*in verpflichtet sich, um den Erfolg der Beratung/Therapie nicht zu gefährden, mindestens während des Zeitraumes von Beginn bis zum Abschluss der Beratung/Therapie keine Drogen und, insbesondere für den Fall einer bestehenden Suchterkrankung, keine Suchtmittel zu sich zu nehmen oder zu benutzen (z.B. Spielautomaten). Der/die Klient\*in ist mit geeigneten, diesbezüglichen Kontrollen einverstanden.

17. Der/die Klient\*in verpflichtet sich, mindestens während des Zeitraumes von Beginn bis zum Abschluss der Beratung/Therapie keinen Suizidversuch zu unternehmen, sondern sich ggf. unverzüglich in stationäre Behandlung zu begeben, um kurzfristig und für die Dauer der akuten Gefährdung Schutz und Hilfe zu erhalten.
18. Der/die Klient\*in verpflichtet sich in jeder Phase der Beratung/Therapie, von sich aus oder auf Aufforderung des/der Beraters\*in/Therapeuten\*in, auch weitere Unterlagen (z.B. Klinik- und Kurzberichte, ärztliche Gutachten) beizubringen und zu übergeben.
19. Der/die Klient\*in wird jede Aufnahme oder Veränderung einer medikamentösen Behandlung / Medikamenteneinnahme – durch einen Arzt entschieden oder selbstentschieden – unverzüglich dem/der Berater\*in/Therapeuten\*in mitteilen.

## **Kündigung**

20. Der Therapievertrag kann von dem / der Klienten\*in jederzeit durch eine mündliche oder schriftliche Erklärung fristlos gekündigt werden, da ein Vertrauensverhältnis zwischen Klient\*in und Berater\*in/Therapeut\*in eine grundlegende Voraussetzung für Therapie/Beratung ist. Bei einem gestörten Verhältnis ist dem/der Klienten\*in ein weiteres Festhalten an dem Behandlungsvertrag unzumutbar.
21. Der/die Berater\*in/Therapeut\*in behält sich vor, bei offensichtlich fehlender Motivation und bei fehlender Mitarbeit des/der Klienten\*in und/oder bei mehrmaligem Versäumen der Behandlungstermine ohne vorheriger Absage die Beratung/Therapie von sich aus auch ohne das erklärte Einverständnis des/der Klienten\*in zu beenden.